



Investigating the Impact of Psychological Empowerment Program Training on Marital Responsibility and Mental Well-being in Spouse of Addicted Husband

Maryam Moayedimehr¹, Javid Peymani^{2*}, Hasan Ahadi³, Taher Tizdast⁴

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, United Arab Emirates

2- Assistant Professor of General Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

3- Professor of Psychology Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran. Iran.

4- Assistant Professor of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

Corresponding author: Javid Peymani, Assistant Professor of General Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Email: dr.peymani@yahoo.com

Received: 29 Nov 2022

Accepted: 21 July 2023

Abstract

Introduction: Substance use disorder not only overshadows the addict's life but also creates many problems and inconveniences for the family and spouse of addicts. Therefore, the present study was conducted to develop and validate the package of psychological empowerment of women-addicted spouses and investigate its effectiveness on marital responsibility and mental well-being.

Methods: A quasi-experimental method was used with a pre-test-post-test design and a control group. The statistical population of the current study included all women with methamphetamine-addicted husbands in Tehran in 2022, whose husbands had been referred to addiction treatment centers. 30 women were selected by purposive sampling method and randomly assigned to the experimental group (15 people) and control group (15 people). The members of the experimental group participated in 12 sessions (90 minutes per session), but the members of the group did not receive evidence of intervention. Adams and Jones' responsibility questionnaire (1997) and the short version of Ryff's psychological well-being scale (2006) were used to collect data. Data analysis with SPSS software. v21 and at a significance level of 0.05, it was done through univariate analysis of covariance.

Results: The results showed that the psychological empowerment package improved the overall score of responsibility and personal commitment, and moral commitment subscales. In addition, the effect of the psychological empowerment package on improving the overall mental well-being score and personal growth, positive relationships with others, and self-acceptance subscales were significant.

Conclusions: Regarding that living with an addicted spouse has negative psychological consequences for women, comprehensive attention to the psychological empowerment of this group of women and strengthening it through approaches such as the psychological empowerment package suggested.

Keywords: Empowerment, Marital responsibility, Well-being, Women, Addiction.



بررسی تأثیر آموزش برنامه توانمندسازی روان شناختی بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی زنان همسر معتاد

مریم مؤیدی مهر^۱، جاوید پیمانی^{۲*}، حسن احدی^۳، طاهر تیزدست^۴

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، واحد امارات متحده عربی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبئی، امارات متحده عربی.

۲- استادیار روان شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۴- استادیار گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

نویسنده مسئول: جاوید پیمانی، استادیار روان شناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

ایمیل: dr.peymani@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۹/۸

چکیده

مقدمه: اختلال مصرف مواد نه تنها زندگی فرد مصرف کننده را تحت الشعاع قرار می دهد؛ بلکه مشکلات و ناراحتی های زیادی را برای خانواده و همسر معتادین ایجاد کرده و مشکلات زیادی را بر آن ها ایجاد می کند. از این رو، مطالعه حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی بسته توانمندسازی روان شناختی زنان همسر معتاد و بررسی اثر بخشی آن بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه زنان دارای همسر معتاد به مت اّمفتامین شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که همسر آنها برای درمان، به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. ۳۰ نفر اعضای نمونه به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و با روش تصادفی به گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه مداخله (۱۵ نفر) اختصاص داده شدند. اعضای گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای شرکت کردند؛ اما اعضای گروه گواه مداخله ای دریافت نکردند. برای گردآوری داده-ها از پرسشنامه مسئولیت پذیری Adams and Jones (۱۹۹۷) و نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی Ryff (۲۰۰۶) استفاده شد. تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS. v21 و در سطح معناداری ۰/۰۵ از طریق آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شد.

یافته ها: نتایج نشان داد بسته توانمندسازی روان شناختی بر بهبود نمره کلی مسئولیت پذیری و زیرمقیاس های تعهد شخصی و تعهد اخلاقی تأثیر دارد. علاوه بر این، تأثیر توانمندسازی روان شناختی بر بهبود نمره کلی بهزیستی روانی و زیرمقیاس های رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود معنادار شده است.

نتیجه گیری: با توجه به اینکه زندگی با همسر معتاد با پیامدهای روان شناختی منفی برای زنان همراه است، توجه همه جانبه و جامع به توانمندسازی روان شناختی این گروه از زنان و تقویت آن از طریق رویکردهایی همچون بسته توانمندسازی روان شناختی پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: توانمندسازی، مسئولیت پذیری زناشویی، بهزیستی، زنان، اعتیاد.

اختلال مصرف مواد (substance use disorder) یک مشکل عمده بهداشت عمومی تلقی می شود (۱) که جنبه های مختلف زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد و هزینه های زیادی به نظام سلامت تحمیل می کند (۲). این اختلال نه تنها زندگی فرد را تحت الشعاع قرار می دهد؛ بلکه مشکلات و ناراحتی های زیادی را برای خانواده و جامعه ایجاد کرده و بار زیادی را بر آنها تحمیل می کند (۳). خانواده معتادین مشکلات روانی - اجتماعی مانند افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و مشکلات رفتاری را تجربه می کنند (۴). مرور نظام مند مطالعات انجام شده در زمینه پیامدهای خانوادگی مصرف مواد در ایران نشان داد خشونت زناشویی و کودک آزاری در معتادین به ترتیب ۳/۵ و ۳/۸ برابر بیشتر از افراد عادی جامعه است (۵). با اعتیاد مرد خانواده، نقش حمایتی او در خانواده کاهش می یابد و اعضای خانواده با آسیب های جدی مواجه می شود (۶). پیمایش ملی سلامت روان ایران نشان می دهد ۳ درصد از معتادین سابقه زندانی شدن و ۲/۵ درصد از آنها سابقه بی خانمانی دارند (۷). این عوارض و پیامدهای ناشی از اعتیاد همسر، مسئولیت زنان برای حفظ نهاد خانواده را بیش از پیش برجسته می سازد. از این رو، تقویت برخی از مهارت ها و ویژگی های روان شناختی همچون مسئولیت پذیری (responsibility) برای این قشر از افراد جامعه ضروری است. در چارچوب روابط زناشویی، مسئولیت پذیری از عواملی است که می تواند نقش مهمی در بروز تعارضات زناشویی ایفا نماید (۸). داشتن رفتار مسئولانه عامل مؤثری برای مقابله با تعارض، فشارهای زندگی و داشتن عملکرد مطلوب در زندگی است (۹). برخورداری از حس مسئولیت پذیری به مثابه یک سرمایه ارزشمند حیاتی، در همدلی انسان ها نقش مهمی دارد و از مهمترین عوامل پیشرفت و شکوفایی استعدادها، توانایی ها و خالقیت ها به شمار می آید و عاملی مهم در جامعه پذیری و سازگاری اجتماعی محسوب می گردد (۱۰). اگر مسئولیت پذیری زنان دارای همسر معتاد از به اندازه کافی رشد یابد، بهزیستی روانی (mental well-being) زنان دارای همسر معتاد ارتقاء خواهد یافت. بهزیستی روان شناختی به عنوان یک شاخص کلیدی سلامت عمومی در نظر گرفته می شود. برای این سازه روان شناختی، تعریف قابل قبولی که مورد موافقت همگان باشد وجود ندارد اما به طور کلی به صورت تجربه ذهنی عواطف مثبت و رضایت از زندگی تعریف می شود. این سازه، همچنین به عنوان عملکرد روان شناختی مثبت، روابط خوب با دیگران و احساس واقع

بینی نسبت به خود تعریف شده است (۱۱). این گروه از روان شناسان بر این باورند سلامت مفهومی چند بعدی است که علاوه بر بیمار یا ناتوان نبودن، احساس شادکامی و بهزیستی را نیز در بر می گیرد. افرادی که احساس بهزیستی روانی پایینی دارند، حوادث و موقعیت های زندگی را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان منفی نظیر اضطراب، افسردگی و خشم را تجربه می کنند (۱۲).

در نتیجه، شناسایی مداخله های روان شناسی که متناسب با شرایط زنان دارای همسر معتاد باشد، بسیار سودمند خواهد بود. یکی از راهکارهای مؤثر در این زمینه، استفاده از روش های توانمندسازی روان شناختی (psychological empowerment) در زنان دارای همسر معتاد است. توانمندسازی فرایند قدرت بخشیدن به افراد است تا حس اعتماد به نفس خود را تقویت کنند و بر احساس ناتوانی و درماندگی خود چیره شوند که به بسیج انگیزه های درونی افراد برای تحقق اهداف منجر می شود (۱۳). Velthouse & Thomas (۱۴) برای اولین بار مفهوم توانمندسازی روان شناختی را به کار بردند که شامل پنج حوزه احساس شایستگی، خودمختاری، احساس مؤثر بودن، احساس معنی دار بودن و اعتماد به دیگران می شود (۱۵). توانمندسازی روان شناختی باعث می شود افراد آسیب پذیر بتوانند با شرایط اضطراب آور و رویدادهای استرس زای زندگی مواجه شوند و راه های مؤثری برای غلبه بر مشکلات پیدا کنند. افزون بر این، توانمندسازی روان شناختی موجب می شود که این افراد بتوانند مهارت های لازم برای برقراری روابط سالم و خوب با دیگران را یاد بگیرند (۱۶). با توجه به اینکه داشتن همسری معتاد می تواند برای زنان بسیار دشوار و تحمیل کننده باشد و ممکن است باعث شود که زنان در معرض مشکلات روانی و اجتماعی قرار گیرند. در این شرایط، توانمندسازی زنان به عنوان همسران معتادین بسیار ضروری است.

آموزش برنامه های توانمندسازی روان شناختی می تواند موجب بهبود کیفیت زندگی افراد شود. با حضور در این دوره ها، افراد می توانند مهارت های مورد نیاز برای بهبود و ارتقای سلامت روانی خود و خانواده شان را بیاموزند (۱۷). از این رو، توانمندسازی زنان به عنوان همسران معتاد می تواند بهبود روابط خانوادگی آنها را تسهیل کند. آنها می توانند با یادگیری مهارت های ارتباطی، بهبود ارتباطات خود با همسر معتاد و افراد دیگر خانواده خود را ایجاد کنند. این مهارت ها به زنان کمک می کنند تا با شرایط موجود بهتر مواجه شوند و بهبود روابط خانوادگی خود را تسهیل کنند. از

این رو، پژوهش حاضر با هدف تدوین و اعتباریابی بسته توانمندسازی روان شناختی زنان همسر معتاد و بررسی اثر بخشی آن بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و به لحاظ روش انجام پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان دارای همسر معتاد به مت اقماتمین شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که همسر آنها برای درمان، به مراکز درمانی مراجعه کرده بودند. اعضای نمونه به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. به این منظور، بعد از کسب مجوزهای لازم، به کلینیک های ترک اعتیاد شهر تهران مراجعه شد و از زنان دارای همسر معتاد که تحت درمان هستند و واجد شرایط بودند، دعوت به عمل آمد. به منظور دستیابی به نتایج قابل اعتماد در طرح های آزمایشی، در هر گروه حضور حداقل ۱۵ نفر توصیه شده است. با توجه به طرح پژوهش، نمونه‌ای به حجم ۳۰ نفر با توجه به معیارهای شمول انتخاب شد. اعضای نمونه به روش غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند. با استفاده از کیسه شانس، لیست اسامی افراد منتخب در قرعه کشی شرکت داده شد و به تصادف در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند.

معیارهای ورود و خروج (شمول) نیز برای ورود افراد شرکت کننده به پژوهش در نظر گرفته شد. ملاک ورود اعضا به پژوهش سابقه حداقل پنج سال زندگی مشترک با همسر معتاد، دامنه سنی ۳۰ تا ۶۵ سال، عدم ابتلا به اختلال روان پزشکی و توانایی خواندن و نوشتن (جهت تکمیل پرسشنامه هایی پژوهش) بود. علاوه بر این، غیب بیش از دو جلسه متوالی، دریافت خدمات روان شناختی خارج از این مطالعه به صورت همزمان، عدم تمایل به شرکت در پژوهش به عنوان ملاک خروج انتخاب شد. لازم به ذکر است بررسی ابتلا به اختلالات روان پزشکی در زنان دارای همسر معتاد به صورت خوداظهاری بود و با پرسش از سابقه مراجعه به مراکز روان شناختی و روان پزشکی و همچنین، دریافت خدمات روانپزشکی، پیگیری شد. بعد از بررسی ملاک های ورود و خروج، افراد واجد شرایط در پژوهش شرکت کردند. در این مطالعه برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه مسئولیت پذیری Adams & Jones (۱۸) و نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی Ryff (۱۹) استفاده شد.

پرسشنامه مسئولیت پذیری (Responsibility Questionnaire, ۱۹۹۷): برای سنجش مسئولیت پذیری از پرسشنامه مسئولیت پذیری Adams & Jones (۱۸) استفاده شد که میزان پایبندی افراد به همسر و ازدواجشان و ابعاد آن (تعهد شخصی، تعهد اخلاقی و تعهد ساختاری) را اندازه گیری می کند. پرسشنامه شامل ۴۴ سؤال و هر سؤال دارای یک مقیاس پنج درجه ای است که به هر گزینه نمره ۱ تا ۵ تعلق می گیرد. دامنه کلی نمرات افراد بین ۱ تا ۱۷۲ نمره است و نمره بالا در این آزمون، بالا بودن مسئولیت پذیری زوج ها را نشان می دهد. Adams & Jones (۱۸) در شش پژوهش گوناگون به منظور به دست آوردن پایایی و روایی پرسشنامه، آن را بر روی ۴۱۷ نفر متأهل، ۳۴۷ نفر مجرد و ۴۶ نفر مطلقه اجرا کردند. میزان پایایی هر یک از مقیاس های این آزمون را بر روی نمونه مذکور به این شرح به دست آورده اند: تعهد شخصی ۰/۹۱، تعهد اخلاقی ۰/۸۹ و تعهد ساختاری ۰/۸۶. در این مطالعات همبستگی هر سؤال با نمره کل آزمون بالا و معنادار بود و به طور کلی ابعاد این پرسشنامه از بیشترین حمایت تجربی و نظری برخوردار بود. در جمعیت ایرانی و در پژوهش حسینی و همکاران (۲۰) میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۷ بدست آمد.

نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی Ryff (Short version of psychological well-being scale, ۲۰۰۶): در پژوهش حاضر برای سنجش بهزیستی روانی از نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی Ryff (۱۹) استفاده شد. نسخه کوتاه (۱۸ سوالی) مقیاس بهزیستی روان شناختی توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ طراحی و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل است. سوال های ۹، ۱۲ و ۱۸ عامل استقلال؛ سوال های ۱، ۴ و ۶ عامل تسلط بر محیط؛ سوال های ۷، ۱۵ و ۱۷ عامل رشد شخصی؛ سوال های ۳، ۱۱ و ۱۳ عامل ارتباط مثبت با دیگران؛ سوال های ۵، ۱۴ و ۱۶ عامل هدفمندی در زندگی و سوال های ۲، ۸ و ۱۰ عامل پذیرش خود را می سنجد. مجموع نمرات این شش عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان شناختی محاسبه می شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار ۶ درجه ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم (یک تا شش) پاسخ داده می شود که نمره بالاتر، نشان دهنده بهزیستی روان شناختی بهتر است. از بین کل سوالات، ۱۰ سوال به صورت مستقیم و ۸ سوال به شکل معکوس نمره گذاری می شود. همبستگی نسخه کوتاه مقیاس بهزیستی روان شناختی Ryff با مقیاس اصلی از ۰/۷۰ تا ۰/۸۹ در نوسان بوده است (۱۹). در ایران

مریم مؤیدی مهر و همکاران

همزمان برای کلیه شرکت کنندگان منتخب ارسال گردید. محتوای جلسات آموزش بسته توانمندسازی روان شناختی زنان از پژوهش خالدی و همکاران (۲۲) اقتباس و متناسب با متغیرهای وابسته پژوهش و همچنین، جامعه هدف (زنان دارای همسر معنادار) متناسب سازی شد. در این راستا، جلساتی پیرامون تقویت مهارت‌های مقابله، توانمندسازی هیجانی مدنظر قرار گرفت. علاوه بر این، به منظور غنی سازی محتوای جلسات، دو مبحث «تاب آوری» و «مسئولیت پذیری» نیز در جلسه به بسته آموزشی اضافه و بسته آموزشی در ۱۲ جلسه تنظیم شد. جلسات هفته ای یک نوبت و به مدت ۹۰ دقیقه اجرا می شد و یکی از پژوهشگران محتوای آموزش را به صورت گروهی برای هر ۱۵ نفر ارائه می داد.

نیز خانجانی و همکاران (۲۱) ساختار عاملی و ویژگی های روانسنجی نسخه کوتاه پرسشنامه بهزیستی روان شناختی را مورد بررسی قرار دادند. همسانی درونی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ در شش عامل پذیرش خود، تسلط محیطی، رابطه مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی، رشد شخصی و استقلال به ترتیب با ۰/۷۶، ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد. با توجه به گستردگی شیوع بیماری ویروسی کرونا و محدودیت در ارائه خدمات روان شناختی، آموزش به صورت غیرحضوری و از طریق برنامه تحت وب اسکای روم اجرا شد. افزون بر این، با توجه به ملاحظات بهداشتی مربوط به دوره اپیدمی بیماری کرونا، پرسشنامه ها در برنامه تحت وب گوگل فرم بارگذاری شد و لینک پرسشنامه به صورت

جدول ۱: محتوای بسته توانمندسازی روان شناختی زنان دارای همسر معنادار

جلسه	محتوا
اول	معارفه گروهی و آشنایی بیشتر اعضا گروه با یکدیگر و با پژوهشگر، توضیح در مورد اهداف پژوهش، اهمیت گروه هدف و ضرورت اجرای مداخله، انجام پیش آزمون
دوم	در آغاز، راجع به عملکرد هیجانها در فرایند سازگاری انسان و فواید آن‌ها توضیح داده شد. در ادامه، از اعضا خواسته میشود فرم آسیب‌پذیری هیجانی را تکمیل کنند. در این بخش از اعضا خواسته میشود سطح آسیب‌پذیری هیجانی خود را هنگام تجربه رویدادهای ناگوار مرتبط با بیماری درجه‌بندی کنند. در ادامه به اعضا کمک میشود به شناسایی راهبردهای تنظیمی خود بپردازند.
سوم	از اعضا درخواست شد تا در مورد موقعیتهای پرسترس به خصوص موقعیتهای مرتبط با مشکلات همسر و تغییرات فکری و جسمی و تن‌آرامی بحث کنند. به افراد توضیح داده میشود که موقعیت به خودی خود اضطراب زا نیست بلکه درک فرد است که اضطراب به وجود می‌آورد. در این مرحله رابطه بین افکار و احساسات مشخص میگردد. پس از اینکه نسبت به وجود هیجانهای ناخوشایند آگاهی ایجاد شد، باید به نحوه مقابله با آن‌ها پرداخته شد.
چهارم	شروع آموزش مهارت‌های مقابله با هیجانهای ناخوشایند با تعریف این هیجانها و تشریح ضرورت مهارت و مدیریت این هیجانها انجام شد. در این جلسه حوزه‌های مقابله با هیجان اعم از مقابله شناختی هیجان و مقابله رفتاری هیجان تشریح شد. عوامل مؤثر در تعیین نوع مقابله افراد مورد بحث قرار گرفت. راهبردهای مقابله با استرس و توصیه‌های کوچک برای مقابله سازگاران با استرس ارائه شد.
پنجم	ارائه تعریف تاب آوری و آشنایی با آن، بحث در مورد ویژگیهای افراد تاب آور، بحث در مورد مراحل غلبه بر مشکلات، بحث در مورد وجود مشکلات در زندگی و طبیعی بودن آن، بحث در مورد استفاده از برنامه ریزی در زندگی، ارائه تکلیف.
ششم	آموزش دو شیوه مقابله گشتاری و واپس رونده به زبان ساده، بحث در مورد مراحل مهارت حل مسئله، آموزش تنفس عمیق و آرام سازی، محاسن آن و موقعیتهای قابل استفاده، بحث در مورد انتظارات از خود و دیگران و میزان واقعی بودن، آموزش تکنیک رها کردن و کاهش وابستگیها،
هفتم	در ابتدا از اعضا خواسته میشود که هر کدام تعریفی از سرسختی و آنچه که با شنیدن این مفهوم به ذهن آن‌ها میرسد، بازگو کنند. در ادامه در مورد مشکلات زندگی با همسر معنادار بحث شد. در ادامه، اعضا با راهنمایی رهبر با مفهوم برنامه‌ریزی آشنا شد. در ادامه، جلسه با طرح این سؤال پیگیری میشود که شناخت تواناییها و محدودیتهای خود چه فایده‌های دارد؟ راه شناسایی آن‌ها چیست و چه عواملی مانع شناخت میشود؟ سپس درمانگر در مورد مراحل مهارت حل مسئله با ذکر مثال توضیح داد.
هشتم	در ابتدا، سودمندی خودآگاهی هیجانی (آگاهی از هیجانهای خود) تشریح شد. در ادامه، فواید خودآگاهی از هیجانهای دیگران نیز توضیح داده شد. سپس، چگونگی افزایش خودآگاهی هیجانی و موانع احتمالی که در این شناخت وجود دارد، بحث و بررسی گردید. همچنین، چگونگی ارزیابی هیجانهای دیگران، راههای کسب اطلاعات درباره دیگران، درک طرز کار هیجانها و درک عواقب و نتایج هیجانها بحث و بررسی شد.
نهم	تعریف مسئولیت پذیری و بحث در مورد تعریف ارائه شده، بحث در مورد ویژگیهای افراد مسئولیت پذیر، بحث در مورد پذیرفتن مسئولیت انتخابها، ارائه تکلیف.
دهم	بحث درباره انواع مسئولیت پذیری، استفاده از راهکارهای مؤثر به منظور بالا بردن حس مسئولیت پذیری، آموزش در مورد پذیرفتن مسئولیت عواقب انتخابها و اعمال، ارائه تکلیف.
یازدهم	معرفی مهارت‌های اعتماد به نفس برای اعضا، بحث در مورد اهمیت اعتماد به نفس، بحث در مورد عزت نفس و تفاوت‌های آن با اعتماد به نفس، بحث در مورد راهبرد یاری جویی و نقش و اهمیت آن، آموزش تشخیص زمان مناسب برای درخواست کمک، تأکید بر ضرورت کمک خواهی، آشنایی با باورهایی که مانع کمک خواهی، ارائه تکلیف.
دوازدهم	بحث در مورد احساس مؤثر بودن، تغییر در سبک اسناد اعضا، بحث در مورد مدل شناختی (ABC)، ارائه تمرین در مورد سبک اسناد در جلسه، بحث در مورد باورهای اسنادی، بحث در مورد احساس شفقت به خود به عنوان یکی از ملزومات احساس شایستگی، توضیح منطق تکنیکهای شفقت به خود، آشنایی با ارزشها و تعیین هدفهای متناسب با نقاط قوت و ضعف فرد، آموزش مهارت‌های ارتباط مؤثر، آموزش مهارت جرات ورزی، ارائه تکلیف. اجرای پس آزمون.

کوواریانس تک متغیره تحلیل شد. لازم به ذکر است فرایند اجرای پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1400.361 مصوب گردید.

یافته ها

در این مطالعه ۳۰ زن دارای همسر معتاد در دو گروه آزمایش و گواه شرکت داشتند. میانگین (انحراف معیار) سن گروه آزمایش ۴۱/۳۳±۴/۴۰ و میانگین (انحراف معیار) سن گروه گواه ۴۳/۴۳±۳/۴۰ محاسبه شده است. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر میانگین سنی از آزمون t استودنت استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر میانگین سن وجود ندارد ($P=0/163$; $t_{28}=1/433$).

بعد از متناسب سازی بسته آموزشی، روایی محتوایی برنامه توسط گروه متخصصین (۸ متخصص روان شناسی با مدرک دکتری تخصصی) بررسی شد. برای هر یک از جلسات تدوین شده نسبت روایی محتوایی با فرمول Lawshe طراحی و شاخص روایی محتوایی با فرمول Waltz & Bausell مورد ارزیابی قرار گرفت. نسبت روایی محتوایی که مربوط به میزان ضروری بودن هر یک از جلسات می باشد، در تمامی جلسات بالاتر ۰/۷۵ از محاسبه شد که نشان می دهد هر ۸ متخصص ارزیاب، جلسات تدوین شده را برای زنان دارای همسر معتاد ضروری ارزیابی کردند. در مورد شاخص روایی محتوایی که مربوط به میزان مرتبط بودن هر یک از جلسات است، میزان ضریب بین ۸۷/۵ تا ۱۰۰ درصد برآورد شد. داده های کدگذاری و ثبت شده، توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ و آزمون تحلیل

جدول ۲. اطلاعات جمعیت شناختی شرکت کنندگان

متغیر	آزمایش		گواه		سنجش همگنی
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
دامنه سنی					
۳۵-۴۰ سال	۷	۷/۴۶	۴	۷/۲۶	$t_{28}=1/433$; $P=0/163$ a
۴۱-۴۵ سال	۵	۳/۳۳	۶	۰/۴۰	
۴۶-۵۰ سال	۳	۰/۲۰	۵	۳/۳۳	
تحصیلات					
سیکل	۴	۷/۲۶	۲	۳/۱۳	$X^2=0/889$; $P=0/641$ b
دیپلم	۸	۳/۵۳	۱۰	۷/۶۶	
دانشگاهی	۳	۰/۲۰	۳	۰/۲۰	
مدت زندگی زناشویی					
۱-۵ سال	۴	۷/۲۶	۳	۰/۲۰	$X^2=1/243$; $P=0/537$ b
۶-۱۰ سال	۶	۰/۴۰	۹	۰/۶۰	
بیشتر از ۱۰ سال	۵	۳/۳۳	۳	۰/۲۰	

a: آزمون تی مستقل؛ b: آزمون کای اسکور

دارند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر مدت زمان زندگی زناشویی از آزمون کای اسکور استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر مدت زمان زندگی زناشویی وجود ندارد ($X^2=1/243$; $P=0/537$). شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

اکثر اعضای گروه آزمایش و گواه دارای تحصیلات دیپلم بودند. به منظور سنجش همتا بودن دو گروه از نظر میزان تحصیلات از آزمون کای اسکور استفاده شد. نتایج نشان داد بین دو گروه تفاوت معناداری از نظر میزان تحصیلات وجود ندارد ($X^2=0/889$; $P=0/641$). اکثر اعضای گروه آزمایش و گواه بین ۶ تا ۱۰ سال سابقه زندگی زناشویی

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش

متغیر	مرحله	آزمایش		گواه
		میانگین	انحراف معیار	
تعهد شخصی	پیش آزمون	۴۱/۸۷	۲/۱۳۴	۱/۴۰۴
	پس آزمون	۴۳/۲۰	۱/۸۲۱	۱/۳۸۷
تعهد اخلاقی	پیش آزمون	۴۱/۴۰	۱/۳۵۲	۱/۷۹۹
	پس آزمون	۴۲/۵۳	۱/۱۸۷	۱/۶۳۹
تعهد ساختاری	پیش آزمون	۴۰/۰۷	۱/۰۳۳	۱/۳۷۳
	پس آزمون	۴۰/۴۷	۱/۳۰۲	۱/۳۵۲
نمره کلی مسئولیت پذیری	پیش آزمون	۱۲۳/۳۳	۳/۲۴۴	۳/۳۷۸
	پس آزمون	۱۲۶/۲۰	۱/۷۴۰	۲/۷۶۴
استقلال	پیش آزمون	۵/۸۷	۱/۲۴۶	۱/۱۲۵
	پس آزمون	۶/۰۷	۱/۴۳۸	۰/۷۲۴
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۵/۳۳	۱/۴۹۶	۱/۵۳۴
	پس آزمون	۴/۹۳	۱/۰۳۳	۱/۲۴۶
رشد شخصی	پیش آزمون	۵/۶۰	۰/۸۲۸	۱/۵۵۲
	پس آزمون	۷/۴۷	۰/۶۴۰	۰/۹۸۶
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۵/۴۰	۱/۰۵۶	۱/۱۴۶
	پس آزمون	۷/۰۰	۱/۳۰۹	۱/۱۸۷
هدفمندی در زندگی	پیش آزمون	۴/۴۷	۱/۱۸۷	۰/۹۹۰
	پس آزمون	۴/۶۷	۱/۱۱۳	۱/۱۸۷
پذیرش خود	پیش آزمون	۵/۰۰	۰/۹۲۶	۱/۰۵۶
	پس آزمون	۶/۷۳	۱/۲۲۳	۰/۸۱۶
نمره کلی بهزیستی روانی	پیش آزمون	۳۱/۴۰	۳/۹۷۹	۴/۳۰۴
	پس آزمون	۳۶/۸۷	۳/۷۰۱	۳/۶۸۰

نتایج توصیفی نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در مرحله پس آزمون افزایش یافته است؛ در حالی که میانگین گروه گواه تغییر محسوسی نداشته است. جهت تعیین اثربخشی بسته توانمندسازی روان شناختی زنان همسر معتاد بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم پیش فرض هایی است که قبل از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفتند. به این منظور، یافته های آزمون کولموگروف - اسمیرنوف نشان می دهد که داده های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای

مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی در مراحل پیش و پس آزمون با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده ها نرمال است ($P < 0/01$). همچنین، آزمون لوین جهت بررسی مفروضه برابری واریانس های خطا نشان داد مفروضه برابری واریانس های خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است ($P < 0/01$). افزون بر این، تعامل بین متغیر همپراش و مستقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود ($P < 0/01$) که نشان می دهد پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بنابراین، با رعایت پیش فرض های آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلا مانع است.

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره بررسی اثربخشی توانمندسازی زنان بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی

متغیر	منبع	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	اندازه اثر
نمره کلی مسئولیت پذیری	پیش آزمون	۱	۸۹/۸۰۳	۳۹/۷۵۵	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۶۲/۱۶۴	۲۷/۵۲۰	۰/۰۰۱**	۰/۵۲۴
	خطا	۲۵	۲/۲۵۹			
تعهد شخصی	پیش آزمون	۱	۴۲/۶۲۱	۴۲/۴۵۹	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۲۳/۳۸۷	۲۳/۲۹۹	۰/۰۰۱**	۰/۴۸۲
	خطا	۲۵	۱/۰۰۴			
تعهد اخلاقی	پیش آزمون	۱	۳۱/۱۴۴	۵۷/۱۳۳	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۹/۳۹۳	۱۷/۲۳۲	۰/۰۰۱**	۰/۴۰۸
	خطا	۲۵	۰/۵۴۵			
تعهد ساختاری	پیش آزمون	۱	۳/۰۲۵	۲/۹۵۶	۰/۰۹۸	
	گروه	۱	۰/۵۷۹	۰/۵۶۵	۰/۴۵۹	-
	خطا	۲۵	۱/۰۲۳			
بهزیستی روانی	پیش‌آزمون	۱	۳۰۵/۷۰۳	۱۸۸/۴۱۹	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۱۶۲/۶۴۳	۱۰۰/۲۴۴	۰/۰۰۱**	۰/۸۰۰
	خطا	۲۵	۱/۶۲۲			
استقلال	پیش آزمون	۱	۷/۴۰۱	۵۴/۱۹۳	۰/۰۰۰	
	گروه	۱	۰/۲۲۰	۱/۶۱۲	۰/۲۱۸	-
	خطا	۲۲	۰/۱۳۷			
تسلط بر محیط	پیش آزمون	۱	۱۳/۲۵۵	۵۳/۳۷۳	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۰/۰۹۷	۰/۳۹۰	۰/۵۳۹	-
	خطا	۲۲	۰/۲۴۸			
رشد شخصی	پیش آزمون	۱	۳/۱۷۱	۷/۰۴۵	۰/۰۱۴	
	گروه	۱	۱۵/۰۷۶	۳۳/۵۰۰	۰/۰۰۱**	۰/۶۰۴
	خطا	۲۲	۰/۴۵۰			
ارتباط مثبت با دیگران	پیش آزمون	۱	۸/۲۲۷	۱۰/۹۳۱	۰/۰۰۳	
	گروه	۱	۰/۴۱۹	۳۱/۱۱۸	۰/۰۰۱**	۰/۵۸۶
	خطا	۲۲	۰/۷۵۳			
هدفمندی در زندگی	پیش آزمون	۱	۲۲/۴۴۴	۱۶۲/۱۴۳	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۰/۰۹۸	۰/۷۰۹	۰/۴۰۹	-
	خطا	۲۲	۰/۱۳۸			
پذیرش خود	پیش آزمون	۱	۱۶/۰۲۳	۳۲/۸۸۲	۰/۰۰۱	
	گروه	۱	۱۲/۶۳۹	۲۵/۹۳۷	۰/۰۰۱**	۰/۵۴۱
	خطا	۲۲	۰/۴۸۷			

P < ۰/۰۱**

P < ۰/۰۵*

برنامه توانمندسازی روان شناختی زنان را برای زنان پناهنده سرپرست خانوار تدوین کرد و بعد از محاسبه شاخص های روانی، این برنامه را برای عزت نفس، خودکارآمدی، امید و سبک های اسنادی زنان مناسب تشخیص داد. کریمی و کیل و همکاران (۲۴) نیز بر منای نظریه روانشناسی فردی برنامه توانمندسازی روان شناختی برای زنان سرپرست خانوار تدوین نمود و نشان داد این برنامه برای توانمندی روانی زنان اثربخش است. این مطالعه نیز به منظور تخصصی سازی مداخله و متناسب سازی آن برای زنان دارای همسر معتاد شکل گرفته است. در پژوهش حاضر، رویکرد زیربنایی برای تدوین بسته، نظریه توانمندسازی روان شناختی Velthouse&Thomas (۱۴) بود که متناسب با جامعه هدف، تغییرات اساسی در جلسات و همچنین محتوای جلسات انجام شد. در این راستا، جلساتی پیرامون تقویت مهارت های مقابله، توانمندسازی هیجانی مدنظر قرار گرفت. علاوه بر این، به منظور غنی سازی محتوای جلسات، دو مبحث «تاب آوری» و «مسئولیت پذیری» نیز در جلسه به بسته آموزشی اضافه شد. نتایج به دست آمده از نمونه های پژوهش با دیدگاه متخصصان همسو بود؛ چرا که نشان داد بسته توانمندسازی روان شناختی بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی زنان دارای همسر معتاد تأثیر معناداری دارد.

نتایج نشان داد بسته توانمندسازی روان شناختی بر بهبود مسئولیت پذیری و زیرمقیاس های تعهد شخصی و تعهد اخلاقی تأثیر دارد. بررسی پیشینه پژوهشی نشان می دهد مطالعه ای که اثربخشی برنامه توانمندسازی روان شناختی بر مسئولیت پذیری ارزیابی کرده باشند، وجود ندارد؛ اما برخی مطالعات همچون مطالعه Meng و همکاران (۲۵) نشان داد برنامه توانمندسازی روان شناختی برای بهبود عملکرد مفید است. مطالعات نشان داده اند ناتوانی در تصمیم گیری و عدم مسئولیت پذیری با خطرات بهداشت روانی مرتبط است (۲۶). از سوی دیگر تحقیقات نشان می دهند که مسئولیت پذیری و پذیرش واقعیت با کاهش مشکلات روان شناختی و افزایش سلامت روان همراه است (۲۷). این موضوع در تحقیق حاضر نیز انعکاس یافت. اعضای گروه آزمایش پس از شرکت در جلسات برنامه توانمندسازی روان شناختی و ترغیب به مسئولیت پذیری، خودآگاهی و خویشتن داری، آگاهی از پیامدهای رفتار گذشته و آینده شان، آگاهی از سبک تفکر نادرست و تصمیم گیری های ناسازگار شان، افزایش معناداری را در مسئولیت پذیری نشان دادند. در

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳، مقدار F تأثیر توانمندسازی روان شناختی بر نمره کلی مسئولیت پذیری و زیرمقیاس های تعهد شخصی و تعهد اخلاقی معنادار شده است ($P < 0/05$). بنابراین، می توان نتیجه گرفت بسته توانمندسازی روان شناختی بر بهبود مسئولیت پذیری و زیرمقیاس های تعهد شخصی و تعهد اخلاقی تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه ها در نمره کلی مسئولیت پذیری و زیرمقیاس های تعهد شخصی و تعهد اخلاقی به ترتیب به اندازه ۰/۵۲۴، ۰/۴۸۲ و ۰/۴۰۸ درصد ناشی از اجرای متغیر مستقل (توانمندسازی روان شناختی) بوده است. علاوه بر این، مقدار F تأثیر توانمندسازی روان شناختی بر متغیرهای رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود معنادار شده است ($P < 0/01$). بنابراین، می توان نتیجه گرفت بسته توانمندسازی روان شناختی بر بهبود نمره کلی بهزیستی روانی و زیرمقیاس های رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود تأثیر دارد. همچنین، میزان اندازه اثر (مجذور اتا) بیانگر آن است که تغییرات نمرات گروه ها در نمره کلی بهزیستی روانی و زیرمقیاس های رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود به ترتیب به اندازه ۰/۸۰۰، ۰/۶۰۴، ۰/۵۸۶ و ۰/۵۴۱ درصد ناشی از اجرای برنامه توانمندسازی روان شناختی بوده است.

بحث

این مطالعه با هدف تدوین و اعتباریابی بسته توانمندسازی روان شناختی زنان همسر معتاد و بررسی اثر بخشی آن بر مسئولیت پذیری زناشویی و بهزیستی روانی انجام شد. برای اعتباریابی بسته آموزشی، در روش کمی، برای ارزیابی در مورد نسبت روایی محتوایی که مربوط به میزان ضروری بودن هر یک از جلسات می باشد، در تمامی جلسات بالاتر از ۰/۷۵ محاسبه شد که نشان می دهد هر ۸ متخصص ارزیاب، جلسات تدوین شده را برای زنان دارای همسر معتاد ضروری ارزیابی کردند. در مورد شاخص روایی محتوایی که مربوط به میزان مرتبط بودن هر یک از جلسات است، میزان ضریب بین ۸۷/۵ تا ۱۰۰ درصد برآورد شد. ضرایب به دست آمده برای شاخص روایی محتوایی و نسبت روایی محتوایی مبین آن است که بسته توانمندسازی روان شناختی از اعتبار کافی برخوردار است. در پیشینه پژوهشی نیز برخی مطالعات به تدوین و اعتباریابی بسته توانمندسازی روان شناختی زنان آسیب پذیر پرداختند. برای مثال، طوسی (۲۳)

داشته باشند و قادر باشند به سنجش متفکرانه موقعیت بپردازند (۳۶)؛ در نتیجه، در ابراز هیجان مثبت و کنترل هیجان های منفی توانایی بیشتری دارند و موجب بهبود بهزیستی روانی می شود.

در تبیین اثربخشی بسته توانمندسازی روان شناختی بر رشد شخصی لازم به ذکر است در شروع جلسات برنامه توانمندسازی روان شناختی زنان دارای همسر معتاد مشخص شد بیشتر اعضاء نمونه برداشت درستی از رشد شخصی ندارد و عمده تمرکز آنها بر مشکلات خانواده استوار است. لذا تلاش شد با همدردی و ارتباط عاطفی، اعضاء گروه دریابند که: الف) مشکلات مشترک دارند، ب) اگرچه ممکن است مشکلات همسرشان را نتوانند کنترل کنند؛ ولی بر رفتار خود می توانند کنترل داشته و در برابر موانع، رشد شخصی را دنبال کنند. هم چنان که بسیاری از اعضاء تصور می کردند اگر بخواهند نیاز لذت و تفریح خود را که یکی از نیازهای اساسی است، ارضاء کنند، مورد انتقاد دیگران قرار می گیرند، در نتیجه مجبور می شوند در پی ارضاء نیازهای همسر و خانواده باشند. این مسئله موجب احساس خستگی می شود که یکی از پیش بین های مهم افسردگی شناخته می شود (۳۷). بنابراین، تلاش گردید اعضاء دریابند چنان چه نیازهای اساسی آن ها ارضاء نشود، دچار فشار روانی شده و کیفیت زندگی آن ها افت خواهد کرد. از این رو، زنان دارای همسر معتاد این واقعیت که رشد شخصی خویش را باید ارتقاء بخشند، پذیرفتند و مسئولیت رشد و ارتقاء شخصی را برعهده گرفتند. اهداف جلسات برنامه توانمندسازی روان شناختی بیشتر در راستای خودباوری از طریق احساس شایستگی و مؤثر بودن (جلسه دوازدهم)، افزایش مهارت مقابله (جلسات سوم و چهارم) و افزایش فعالیت های سودمند زندگی از طریق رشد مسئولیت پذیری (جلسات نهم و دهم) تدوین شد که همگی در افزایش رشد شخصی زنان دارای همسر معتاد تأثیرگذار بود. در رابطه با اثربخشی برنامه توانمندسازی روان شناختی بر ارتباط مثبت با دیگران لازم به ذکر است تقویت احساس شایستگی (جلسات دوازدهم) در برنامه توانمندسازی روان شناختی می تواند نقش بسیار مؤثری در مدیریت احساسات و تکانه ها بازی کند و باعث می شود وقتی که افراد نیاز به کمک کسی داشته باشند در پی تلاش برای ارتباطات سازنده باشند و از این رو، ارتباط مثبت با دیگران بهبود می یابد (۳۸). در واقع، این عوامل پویا در برنامه توانمندسازی روان شناختی هستند که باعث افزایش ارتباط مثبت با دیگران

تبیین اثربخش بودن بسته توانمندسازی روان-شناختی بر مسئولیت پذیری زنان دارای همسر معتاد می توان اظهار داشت که آموزش مسئولیت پذیری (جلسات نهم و دهم بسته توانمندسازی روان شناختی) به زنان دارای همسر معتاد کمک می نماید تا مسئولیت تغییرات رفتاری را بپذیرند و هر زمان که لازم بود، تغییر یا پافشاری نمایند (۲۸). در واقع این درمان به دنبال متعادل کردن شیوه های متناسب با موقعیت است. در نتیجه، مسئولیت پذیری افراد را در روابط بین فردی و زندگی شخصی افزایش می دهد (۲۹). همچنین، در تبیین این نتایج می توان گفت در جلسه دوازدهم بسته توانمندسازی روان شناختی تمرین های شایستگی به همراه شیوه های مقابله (جلسات سوم و چهارم) و نیز بحث های مفصل درباره سازگاری (جلسه دوم)، همگی به افزایش مسئولیت پذیری در حیطه زناشویی منجر می شود (۳۰). بهبود عمل به تعهدات در حیطه زناشویی منعکس کننده مسئولیت پذیری است.

علاوه بر این، نتایج نشان داد بسته توانمندسازی روان شناختی بر بهبود بهزیستی روانی و زیرمقیاس های رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران و پذیرش خود تأثیر دارد. این یافته ها با نتایج مطالعه میرزایی و همکاران (۳۱)، پورابولی و همکاران (۳۲)، Noor و همکاران (۳۳) و Pines و همکاران (۳۴) همسو بود. از سوی دیگر، یافته های پژوهش حاضر نشان داد بسته توانمندسازی روان شناختی موجب بهبود بهزیستی روانی در زنان دارای همسر معتاد می شود. آموزش احساس شایستگی (جلسه دوازدهم) و مسئولیت پذیری (جلسه نهم و دهم) باعث می شود که افراد در مواجهه با ناملازمات و تغییرات زندگی شایسته تر و مسئولانه تر عمل کنند. آنها قادر به اداره کردن و شناختن محیط برای غلبه بر رویدادهای اضطراب آور و افسردگی زا و برآورده کردن ضروریات آن می شوند. با آموزش احساس شایستگی و مسئولیت پذیری آنها قادر به سازگاری سریع و شناخت وضعیت، فهم روشن وقایع، برقراری ارتباط و عمل انعطاف پذیر می شوند و از این طریق، بهزیستی روانی آنها بهبود می یابد. افزون بر این، با آموزش خودآگاهی و خویشتن داری هیجانی (جلسه هشتم) زنان دارای همسر معتاد تمایل دارند صمیمیت بیشتری بدون غرق شدن در احساسات داشته باشند. این ویژگی افراد خویشتن دار باعث استحکام روابط زوج ها و بهبود کیفیت زناشویی می شود (۳۵). آموزش خودآگاهی و خویشتن داری هیجانی موجب می شود زنان دارای همسر معتاد نسبت به هیجانات خودآگاهی

طیف گسترده ای از زیرمقیاس ها را پوشش می دادند که پرداختن به همه این زیرمقیاس ها در طول جلسات مداخله مقدور نبود. از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر، حجم کم گروه نمونه بود که روایی بیرونی یافته ها را تحت تأثیر قرار می دهد. همچنین، با توجه به آنلاین بودن جلسات، مشکلات مربوط به سرعت و دسترسی به اینترنت نیز محدودیت دیگر اجرای پژوهش حاضر بود. با توجه به اینکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد بسته توانمندسازی روان شناختی بر مسئولیت پذیری زنان دارای همسر معتاد اثربخش است و در نظر گرفتن این نکته که مسئولیت پذیری نقش مهمی در سلامت روانی اعضای خانواده دارد؛ پیشنهاد می شود مشاوران و روان درمانگران فعال در مراکز ترک اعتیاد، علاوه بر توجه به سلامت روانی معتادین، همسر و سایر اعضای خانواده را نیز مورد توجه قرار دهند و با استفاده از رویکردهای مداخله ای اثربخش به خصوص بسته توانمندسازی روان شناختی، مسئولیت پذیری آنها را در قبال خود و سایر اعضای خانواده افزایش دهند. از آنجا که زندگی زناشویی مشترک با همسر معتاد بهزیستی روان شناختی زنان را به شدت تحت تأثیر قرار می دهد، توجه همه جانبه و جامع به توانمندسازی روان شناختی این گروه از زنان و تقویت آن از طریق رویکردهایی همچون بسته توانمندسازی روان شناختی لازم و ضروری به نظر می رسد. بنابراین، اضافه شدن بسته توانمندسازی روان شناختی خانواده معتادین به پروتکل درمان اعتیاد بسیار سودمند خواهد بود.

سیاسگزاری

مقاله حاضر مستخرجه از رساله دکتری نویسنده اول می باشد. همچنین، جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش کد اخلاق با شماره IR.IAU.SRB.REC.1400.361 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات اخذ شده است. نویسندگان مقاله بر خورد لازم می دانند از کلیه افراد شرکت کننده در این مطالعه و همچنین، کارکنان و مدیریت کلینیک های ترک اعتیاد جهت همکاری و مشارکت در این مطالعه قدردانی نماید.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله اعلام می دارند هیچگونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارند.

می شوند. علاوه بر این، نتایج پژوهش نشان داد برنامه توانمندسازی روان شناختی بر مؤلفه پذیرش خود بهزیستی روان شناختی اثربخش است. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت شناخت و استفاده از شیوه های مقابله موثر در برابر استرس ها و تنیدگی ها (جلسات سوم و چهارم) به زنان دارای همسر معتاد کمک می کند تا با کنترل مناسب استرس های زندگی، احساس بهتری در مورد خود داشته باشند. علاوه بر این، بسته توانمندسازی روان شناختی به افراد احساس تسلط بر محیط را می دهد که موجب می شود پذیرش خود آن ها ارتقاء یابد. با توجه به مطالب فوق می توان چنین نتیجه گفت، هرچه زنان دارای همسر معتاد، تسلط بیشتری بر مهارت مقابله با استرس داشته باشند، پذیرش خود بهتری خواهند داشت؛ چرا که مهارت کنترل استرس، مهارتی است که فرد با توجه به موقعیت، ارزیابی جدی و دقیق از احساساتی که نسبت به خود دارد، به کار می گیرد. از آنجایی که اضطراب و استرس در طول زمان منجر به مشکلات روحی و روانی می گردند، به نظر می رسد کنترل اضطراب و استرس می تواند در طول زمان منجر به کاهش این مشکلات گردند (۳۹) و با آموزش مهارتهای مقابله با استرس در جلسات توانمندسازی روان شناختی، زنان دارای همسر معتاد از عناصر شناختی، عاطفی و هم چنین از توانایی های خود در رابطه با دیگران آگاه شده و به پذیرش خود می رسند.

نتیجه گیری

با توجه به اینکه اختلال مصرف مواد در همسر می تواند موجب ابتلای زنان دارای همسر معتاد به مشکلات سلامت روان شود، تدوین، اعتباریابی و تعیین اثربخشی بسته آموزشی در جهت توانمندسازی این گروه از زنان ضرورتی اجتناب ناپذیر بود. پژوهش حاضر نشان داد بسته تدوین شده از نظر صاحب نظران دارای اعتبار مناسبی می باشد و نتایج حاصل از مطالعات اثربخشی نیز اعتبار بیرونی بسته آموزشی تدوین شده را مورد تأیید قرار داد؛ به طوری که بسته توانمندسازی روان شناختی موجب بهبود مسئولیت پذیری و بهزیستی روانی در زنان دارای همسر معتاد گردید. به دلیل محدودیت های موجود در زمینه قرنطینه بیماری ویروسی کرونا، امکان بررسی پایداری نتایج در مرحله پیگیری وجود نداشت؛ در نتیجه، قضاوت در مورد اثربخشی مداخله در طول زمان مقدور نیست. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه،

References

1. Shadloo B, Baheshmat S, Rostam-Abadi Y, Shakeri A, Gholami J, Rahimi-Movaghar A. Comparison of self-reported substance use with biological testing among treatment-seeking patients with opioid use disorder. *Journal of substance abuse treatment*. 2022;134:108555. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108555>
2. Ansari M, Rostam-Abadi Y, Baheshmat S, Hamzehzadeh M, Gholami J, Mojtabei R, et al. Buprenorphine abuse and health risks in Iran: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2021;226:108871. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108871>
3. Abdollahi MH, Baheshmat Juybari S. Behavioral activation and inhibition systems and coping styles in opium consumer, methadone maintenance treatment clients and healthy peers. *Scientific Quarterly Research on Addiction*. 2017;10(40):11-26. <http://etiadpajohi.ir/article-1-1200-en.html>
4. Rostam-Abadi Y, Gholami J, Noroozi A, Ansari M, Baheshmat S, Hamzehzadeh M, et al. Public health risks associated with methadone in Iran: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Drug Policy*. 2022;100:103529. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103529>
5. Baheshmat S, Gholami J, Amin-Esmaili M, Shadloo B, Rahimi-Movaghar A. Spouse and child abuse associated with illicit drug use in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022;23(5):1494-509. <https://doi.org/10.1177/1524838021998655>
6. Azizi S, Maghsoudloo A, Baheshmat S. Comparison of coping strategies and emotion regulation tendencies among opium users, methadone maintenance treatment clients and normal individuals. *Journal of Research and Health*. 2019;9(6):533-43. <https://doi.org/10.32598/jrh.9.6.533>
7. Amin-Esmaili M, Baheshmat S, Tarrahi MJ, Motevalian S-A, Sharifi V, Hajebi A, et al. Assessing risk behaviours in the Iranian general population: results from the Iranian Mental Health Survey. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2021;27(10):953-61. <https://doi.org/10.26719/emhj.21.029>
8. Vieira J, de Lena F, Oliveira M-C, editors. Households with shared responsibility among same-sex and different-sex couples in Brazil: Does marital homogamy matter? 2017 International Population Conference; 2017: IUSSP.
9. Pedersen DE, Minnotte KL, Mannon SE, Kiger G. Exploring the relationship between types of family work and marital well-being. *Sociological Spectrum*. 2011;31(3):288-315. <https://doi.org/10.1080/02732173.2011.557038>
10. Zare R, Mohammadzadeh k. The Mediating Role of Accountability in the Operation of Self-efficacy Family among Students of Islamic Azad University of Marvdasht. *Quarterly Journal of Women and Society*. 2019;10(39):127-44.
11. McAneney H, Tully MA, Hunter RF, Kouvonen A, Veal P, Stevenson M, et al. Individual factors and perceived community characteristics in relation to mental health and mental well-being. *BMC Public Health*. 2015;15(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2590-8>
12. Marcinko I. The moderating role of autonomous motivation on the relationship between subjective well-being and physical health. *PloS one*. 2015;10(5):e0126399. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126399>
13. Shapira-Lishchinsky O, Benoliel P. Nurses' psychological empowerment: An integrative approach. *Journal of nursing management*. 2019;27(3):661-70. <https://doi.org/10.1111/jonm.12726>
14. Thomas KW, Velthouse BA. Cognitive elements of empowerment: An "interpretive" model of intrinsic task motivation. *Academy of management review*. 1990;15(4):666-81. <https://doi.org/10.5465/amr.1990.4310926>
15. Helmy I, Adawiyah WR, Banani A. Linking psychological empowerment, knowledge sharing, and employees' innovative behavior in SMEs. *The Journal of Behavioral Science*. 2019;14(2):66-79. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/172180>
16. Llorente-Alonso M, García-Ael C, Topa G. A meta-analysis of psychological empowerment: Antecedents, organizational outcomes, and moderating variables. *Current Psychology*. 2023:1-26. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04369-8>
17. Hsieh SH, Lee CT, Tseng TH. Psychological empowerment and user satisfaction: Investigating the influences of online brand community participation. *Information*

- & Management. 2022;59(1):103570. <https://doi.org/10.1016/j.im.2021.103570>
18. Adams JM, Jones WH. The conceptualization of marital commitment: An integrative analysis. *Journal of personality and social psychology*. 1997;72(5):1177. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.72.5.1177>
 19. Ryff CD, Singer BH. Best news yet on the six-factor model of well-being. *Social science research*. 2006;35(4):1103-19. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2006.01.002>
 20. Hosseini A, Zaharakar K, Davarnia R, Shakarami M, Mohammadi B. The Relationship between Marital Commitment with Personality Traits. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2015;22(5):788-96. https://jsums.medsab.ac.ir/article_757.html?lang=en
 21. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2014;9(32):27-36.
 22. Khaledi A, Cherami M, Amadi R, Sharifi T. Validation and Effectiveness of Women's Psychological Empowerment Package on Resilience and Mental Health of Women with Veteran Husbands. *Military Caring Sciences*. 2022;9(3):216-30. <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-537-en.html>
 23. Toosi F. Creating a psychological empowerment program for refugee women heads of the household and determining its effectiveness. *Guilan: University of Guilan*; 2021. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116913>
 24. Karimivakil A, Shafiabady A, Farahbakhsh K, Younesi J. Compilation a psychological empowerment program based on individual psychology theory and and evaluation its effectiveness on female-headed household's empowerment's. *Women Studies*. 2018;9(23):135-67. https://womenstudy.ihs.ac.ir/article_3154.html
 25. Meng L, Liu Y, Liu H, Hu Y, Yang J, Liu J. Relationships among structural empowerment, psychological empowerment, intent to stay and burnout in nursing field in mainland China-based on a cross-sectional questionnaire research. *International journal of nursing practice*. 2015;21(3):303-12. <https://doi.org/10.1111/ijn.12279>
 26. Traina G, Feiring E. Priority setting and personal health responsibility: an analysis of Norwegian key policy documents. *Journal of medical ethics*. 2022;48(1):39-45. <https://jme.bmj.com/content/48/1/39.abstract> <https://doi.org/10.1136/medethics-2019-105612>
 27. Temmann LJ, Wiedicke A, Schaller S, Scherr S, Reifegerste D. A Systematic Review of Responsibility Frames and Their Effects in the Health Context. *Journal of Health Communication*. 2021;26(12):828-38. <https://doi.org/10.1080/10810730.2021.2020381>
 28. Rostam-Abadi Y, Gholami J, Amin-Esmaeili M, Baheshmat S, Hamzehzadeh M, Rafiemanesh H, et al. Evidence for an increase in cannabis use in Iran-A systematic review and trend analysis. *PloS one*. 2021;16(8):e0256563. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0256563>
 29. Kashdan TB, Rottenberg J. Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical psychology review*. 2010;30(7):865-78. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
 30. Shafiabadi A, Honarparvaran N, Tabrizi M, Navabinezhad S. Efficacy of emotion-focused couple therapy training with regard to increasing sexual satisfaction among couples. 2010.
 31. Mirzaee F, Aghaeepour Gavasaraee M, Manavipour D. Investigation of the Effectiveness of Psychoeducation on the Mental Health of Spouses of War Veterans with Chronic Psychosis. *Military Psychology*. 2017;8(30):69-80. <http://mcs.ajaums.ac.ir/article-1-537-en.html>
 32. Pouraboli B, Esfandiari S, Ramezani T, Miri S, Jahani Y, Sohraby N. effectiveness of their teaching skills to reduce stress job psychological empowerment of nursing staff in intensive care units in the center of Shiraz Shahid Rajaei 1392. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2016;5(1). <http://78.39.35.47/article-1-361-en.html>
 33. Noor S, Isa FM, Nor LM. Women empowerment through women entrepreneurship: a comparison between women entrepreneurs and fulltime housewife in Pakistan. *Iranian Journal of Management Studies*. 2021;14(2):347-63.
 34. Pines EW, Rauschhuber ML, Norgan GH, Cook JD, Canchola L, Richardson C, et al. Stress resiliency, psychological empowerment and conflict management styles among baccalaureate

- nursing students. *Journal of advanced nursing*. 2012;68(7):1482-93.. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05875.x>
35. Hoseinzadeh S, Monirpour N, Zargham Hajebi M. Structural model of predicting marital commitment based on its differentiation with the mediating role of cognitive flexibility. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021;10(6):53-62.
36. Heydari H, Jangholi M, Heydari F. Study the relationships between psychological empowerment with level of distress in occupying war handicapped. *Iranian Journal of War and Public Health*. 2012;4(3):34-9. URL: <http://ijwph.ir/article-1-174-en.html>
37. Abdollahi MH, Shahgholian M, Baheshmat S. The role of fatigue and depression in illness perception of patients with Multiple Sclerosis. *Chronic Diseases Journal*. 2016:39-47. DOI:
38. Abdollahi R, Rajabi F, Farkhojasteh V. Influence Of Training The Skills Of Establishing An Effective Communication On Resilience And Social Adjustment In One Of The Military UniversityS Students. *Quarterly Management on Police Trainin*. 2021;3(2):109-30. <https://www.sid.ir/paper/958894/fa>
39. Baheshmat S, Hashemi-Razini H, Khaledi A. Identifying the effective factors on depression in patients with multiple sclerosis using structural equation modeling approach: The role of stress, self-esteem, and mindfulness. *Chronic Diseases Journal*. 2019:80-6.